

# 障害者委託訓練(デュアルシステムコース)受講申込書

(身体障害・精神障害・発達障害・高次脳障害のある方)

千葉県が実施する障害者委託訓練を受講したいので下記により申し込みます。  
 千葉県立障害者高等技術専門校長 様

記  
入  
例

希望する講座	〇〇〇〇スクール			
(ふりがな)氏名	性別	男 女	生年月日	昭・平50年〇月〇〇日生 ( 40 歳)
現住所	(〒 266 - 0014 ) 千葉県緑区大金沢町×××-× 電話:043(291)〇〇〇〇 携帯:090(650×)×××× FAX:043(291)〇〇〇〇 <small>固定電話がある場合は必ず記入してください</small>			
緊急連絡先	実家 <small>「電託」( )</small> <small>病气や事故等で緊急に連絡が必要な場合の連絡先を記入してください。 (例) ご実家、ご家族の携帯電話等 ※ご本人の携帯電話は緊急連絡先になりません</small>			
登録支援機関・利用施設	〇〇作業所、××支援センターなど ※ハローワークは除きます			
最終学歴	在学期間	昭(平) 〇年〇月 ~ 〇年〇月		××高等学校 <input checked="" type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 中退
職歴 (新しいものから順に記入してください)	会社等の名称	在職期間	職務内容	退職理由
	〇〇株式会社	昭(平) 19年4月 ~ 24年3月	事務	通勤時間が長いため退社
	〇〇デパート	昭(平) 10年4月 ~ 18年3月	販売員	病気のため退社
		昭・平 年 月 ~ 年 月		
		昭・平 年 月 ~ 年 月		
障害者手帳	( ) 都・道・府 県・市	第 号	昭・平 年 月 日交付	障害の級別 級
障害名	障害区分 (身体障害者の方はご記入ください)		<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢 <input type="checkbox"/> 体幹 <input type="checkbox"/> 内部 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚	
使用補装具等	杖、車椅子、義手、義足、その他、使用している補装具等	過去に公共職業訓練の受講歴がある方は記入してください	服薬等	裏面の記載欄に、具体的に記入してください。
公共職業訓練の受講歴	<input checked="" type="checkbox"/> 訓練の名称・コース・訓練機関等 PC技能習得コース 〇〇スクール	受講期間	昭(平) 18年 4月15日 から 18年 7月14日 まで (受給期限)	
公共職業安定所の求職登録	<input checked="" type="checkbox"/> (公共職業安定所名) 千葉	雇用保険受給	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	平成〇〇年 〇月〇〇日まで

【注意】1 □のある欄は、□にレ印を記入して下さい。 【注意】2 \* 雇用保険受給中の方は記入していただきません。

※ここに記載されたあなたの個人情報を訓練支援以外に使用しません。  
 ※訓練支援のため、申込書、障害者手帳及び医師の診断書・意見書(提出済みの方)の写しを委託先に提供することについてご了承ください。

# 志望理由記入欄（具体的に記入して下さい。）

\*デュアルシステムコース

## 志望の理由

(なぜこの講座を志望したのか・受講した内容をどのような職業で活用したいのか 等)

### 【記入例】

○介護福祉に関する知識や技能を習得すると共に資格取得を目指し、就職に結びつけたい。

○wordやexcelのパソコン技能を身につけて、一般事務として就職したいため。

○自己流でパソコン技能を身につけたので、不明な点がある。系統的に学び、資格取得をするとともに、早期就職につなげたい。

など

## 取得資格等

取得年月日	内容 等
昭(平) 7年 10月 15日	第二種電気工事士
昭(平) 15年 9月 18日	ホームヘルパー2級
昭・平 年 月 日	

## 服薬

薬の名称	薬の名称

## 受講上の留意点

## 希望する訓練時期

平成 年 月 日頃

訓練機関が配慮すべき点があればご記入ください 例:座る場所を前の方にしてほしい 等

### 【記入例】

○講師の口の動きが読み取れる席を希望します。

○人とのコミュニケーションが苦手です。隣の席と少し距離がある席を希望します。

○月1回程度の通院があります。

など

* 公共職業安定所記載欄	平成 年 月 日受付	公共職業安定所 担当者		
	受講指示予定	・ 受講推薦予定	・ 支援指示予定	・ 斡旋なし
	(特記事項)			

* 千葉県立障害者高等技術専門校	(受理年月日)	
------------------	---------	--